**安远县社会保险服务中心政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓　  名 |   | 工作单位 |   |
| 证件名称 |   | 证件号码 |   |
| 联系电话 |   | 邮政编码 |   |
| 联系地址 |   | 传　  真 |   |
| 电子信箱 |   |
| 法人或其它组织 | 名　 称 |   | 组织机构代码 |   |
| 法人代表 |   | 经办人姓名 |   |
| 联系电话 |   | 经办人身份证号　  码 |   |
| 联系地址 |   | 邮　  编 |   |
| 电子邮箱 |   | 传　 真 |   |
| 申 请 时 间 | 年　　 月　　 日 |
| 所需信息情况 | 所需信息的名称 |   |
| 所需信息的内容描述 |   |
| 所需信息的用途（自愿填报） |   |
| 获取信息的方式（可选）□邮　  寄□电子邮件□传　  真□自行领取 |